



استمارة إعطاء علاج طبي (غير دوائي) بوصفة طبية

استمارة طلب تقديم العلاج من مقدم الخدمة | مكتب الصحة المدرسية | العام الدراسي 2022-2026

يرجى إعادتها إلى ممرضة المدرسة/ المركز الصحي المدرسي. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد.

الاسم الأخير للتلميذ(ة): _____ الاسم الأول: الأوسط: _____ تاريخ الميلاد: _____
الجنس: ذكر أنثى رقم التعريف المدرسي (OSIS): _____ الصف: _____ المنطقة التعليمية لإدارة التعليم: _____
المدرسة (ضمن رقم (ATS /ATSDBN) / الاسم والعنوان والحي): _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

ONE ORDER PER FORM (make copies of this form for additional orders).

Attach prescription(s) / additional sheet(s) if necessary to provide requested information and medical authorization.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blood Pressure Monitoring | <input type="checkbox"/> Feeding Tube replacement if dislodged - specify in #4 | <input type="checkbox"/> Trach Care: Trach. Size _____ |
| <input type="checkbox"/> Chest Clapping/Percussion | <input type="checkbox"/> Oral / Pharyngeal Suctioning: Cath Size ____ Fr. | <input type="checkbox"/> Trach Replacement - specify in #4 |
| <input type="checkbox"/> Clean Intermittent Catheterization:
Cath Size ____ Fr. | <input type="checkbox"/> Ostomy Care | <input type="checkbox"/> Trach suctioning: Cath Size ____ Fr |
| <input type="checkbox"/> Central Line/PICC Line | <input type="checkbox"/> Oxygen Administration - specify in #1,
including pulse oximetry | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dressing Change | <input type="checkbox"/> Postural Drainage | |
| <input type="checkbox"/> Feeding: Cath Size ____ Fr. | <input type="checkbox"/> Pulse Oximetry – specify in #1 | |
| <input type="checkbox"/> Nasogastric <input type="checkbox"/> G-Tube <input type="checkbox"/> J-Tube <input type="checkbox"/> Bolus | | |
| <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity <input type="checkbox"/> Spec./Non-Standard* | | |

Student will also require treatment: during transport on school-sponsored trips during afterschool programs

Student Skill Level (select the most appropriate option):

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer treatment
 Supervised Student: student self-treats, under adult supervision
 Independent Student: student is self-carry/self-treat
 I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed treatment effectively during school, field trips, and school sponsored events.
Practitioner's Initials: _____

Diagnosis: _____ Enter ICD-10 Codes and Conditions (RELATED TO THE DIAGNOSIS)
Diagnosis is self-limited: Yes No _____ _____ _____

1. Treatment required in school:

- Feeding:** *Per the New York State Education Department, nurses are not permitted to administer premixed medications and feedings.
Nurses may prepare and mix medications and feedings for administration via G-tube as ordered by the child's primary medical provider/specialist.

Formula Name: _____ Concentration: _____
Route: _____ Amount: _____ Rate: _____ Duration: _____ Frequency/specific time(s) of administration: _____

- Flush with _____ mL Before feeding After feeding

Oxygen Administration: Amount (L): _____ Route: _____ Frequency/specific time(s) of administration: _____
 pm O2 Sat < _____ % Specify signs & symptoms:

Other Treatment: Treatment Name: _____ Route: _____ Frequency/specific time(s) of administration: _____
Specify signs & symptoms:

Additional Instructions or Treatment:

2. Conditions under which treatment should not be provided:

3. Possible side effects/adverse reactions to treatment:

4. **Emergency Treatment:** Provide specific instructions for clinical personnel (if present) in case of emergency or adverse reactions, including dislodgement or blockage of tracheostomy or feeding tube:

5. Specific instructions for non-medical school personnel in case of adverse reactions, including dislodgement of tracheostomy or feeding tube:

6. Date(s) when treatment should be: Initiated: _____ Terminated: _____

Health Care Practitioner

Last Name (Print): _____ First Name (Print): _____ Please check one: MD DO NP PA
Signature: _____ Date: _____ NYS License # (Required): _____ NPI #: _____
Address: _____ Email address: _____
Telephone: _____ FAX: _____ Cell Phone: _____

تمت مراجعتها في 26/2
يجب على الآباء توقيع الصفحة 2

المعلومات غير الكاملة حول مقدم الرعاية الصحية تؤدي إلى تأخير تنفيذ الوصفات الطبية
لا يمكن تعبئة هذه الاستمارة بواسطة طبيب مقيم

استمارة إعطاء علاج طبي (غير دوائي) بوصفة طبية

استمارة طلب تقديم العلاج من مقدم الخدمة | مكتب الصحة المدرسية | العام الدراسي 2026-2027
يرجى إعادتها إلى ممرضة المدرسة/ المركز الصحي المدرسي. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد.

الآباء/ أولياء الأمور: قوما بقراءة وتعبئة وتوقيع هذه الاستمارة. بتوقيعي أدناه، أوافق على ما يلي:

- أوافق على أن يتم تخزين المستلزمات الطبية، والمعدات، والعلاجات الموصوفة الخاصة بطفلي وإعطائه إياها في المدرسة بناءً على توجيهات ممارس الرعاية الصحية لطفلي.
 - أنا أفهم ما يلي:
 - يجب أن أعطي ممرض(ة) المدرسة/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) المستلزمات الطبية والمعدات والعلاجات الخاصة بطفلي.
 - يجب أن تكون جميع المستلزمات التي أعطيها للمدرسة جديدة وغير مفتوحة، وفي القارورة أو العبوة الأصلية. سوف أقدم للمدرسة الأدوية الحالية الصالحة لاستخدام طفلي أثناء أيام الدراسة.
 - يجب عنوانة المستلزمات والمعدات والعلاجات باسم طفلي وتاريخ ميلاده.
 - يجب أن أخبر ممرض(ة) المدرسة/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) فوراً عن أي تغيير في دواء طفلي أو تعليمات ممارس الرعاية الصحية.
 - يعتمد مكتب الصحة المدرسية (OSH) وكلاء المشاركين في تقديم الخدمة (الخدمات) الصحية المذكورة أعلاه إلى طفلي على دقة المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة.
 - بتوقيعي على هذه الاستمارة، أصرح لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بتقديم الخدمات الصحية لطفلي. قد تشمل هذه الخدمات على سبيل المثال لا الحصر، تقييماً كليبنيكياً أو فحصاً بدنياً من طرف ممارس الرعاية الصحية أو الممرض(ة) بمكتب الصحة المدرسية (OSH).
 - ينتهي أمر العلاج/ إرشادات العلاج المذكورة على هذه الاستمارة في نهاية العام الدراسي لطفلي، والذي قد يشمل الحصص الصيفية، أو عندما أعطي ممرضة المدرسة استمارة جديدة (أيهما يحل أولاً). عندما تنتهي صلاحية طلب تقديم العلاج هذا، سأقدم لممرضة طفلي المدرسية/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) استمارة (MAF) جديدة مكتوبة بواسطة ممارس الرعاية الصحية لطفلي.
 - تمثل هذه الاستمارة موافقتي وطلبي للحصول على خدمات الحساسية الموضحة في هذه الاستمارة، ويمكن إرسالها مباشرة إلى مكتب الصحة المدرسية (OSH). وهي لا تمثل اتفاقاً مع مكتب الصحة المدرسية (OSH) لتوفير الخدمات المطلوبة. إذا قرر مكتب الصحة المدرسية (OSH) تقديم هذه الخدمات، قد يحتاج طفلي أيضاً إلى خطة تسهيلات الفقرة 504. ستقوم المدرسة بإتمام هذه الخطة.
 - لغرض تقديم الرعاية أو العلاج لطفلي، قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على أية معلومات أخرى يعتقد أنها ضرورية عن الحالة الطبية لطفلي أو أديته أو علاجه. قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على هذه المعلومات من أي ممارس رعاية صحية أو ممرض(ة) أو صيدلي قَدّم خدمات صحية لطفلي.
- وفقاً لإدارة التعليم في ولاية نيويورك، لا يُسمح للممرضات بإدارة الأدوية والوجبات الممزوجة مسبقاً. يمكن للممرضات تحضير وخط الأدوية والوجبات من أجل الإعطاء عبر (G-tube) حسب طلب مقدم الرعاية الطبية الأساسي للطفل.

لأخذ الدواء بشكل ذاتي (للتلاميذ المستقلين فقط):

- أقر/ أؤكد أن طفلي قد تلقى تدريباً كاملاً ويمكنه القيام بالعلاج من تلقاء نفسه. أوافق على أن يقوم طفلي بحمل وتخزين وتناول الدواء الموصوف على هذه الاستمارة بنفسه في المدرسة وفي الرحلات. أنا مسؤول عن إعطاء طفلي المستلزمات والمعدات المعنونة والموصوفة أعلاه. أنا أيضاً مسؤول عن مراقبة استخدام طفلي للعلاج، وعن جميع نتائج استخدام طفلي لهذا العلاج الذاتي في المدرسة. ستؤكد ممرضة المدرسة/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) قدرة طفلي على القيام بالعلاج بنفسه. كما أوافق على إعطاء المدرسة معدات أو مستلزمات "احتياطية" معنونة بوضوح في حالة عدم قدرة طفلي على القيام بالمعالجة الذاتية.

الاسم الأخير للتلميذ(ة): _____ الاسم الأول: _____ الأوسط: _____ تاريخ الميلاد (اليوم/الشهر/السنة): _____
المدرسة (رقم ATS DBN / الاسم): _____ الحي: _____ المنطقة التعليمية: _____
اسم الوالد(ة) / ولي(ة) الأمر (بخط واضح): _____ عنوان البريد الإلكتروني للوالد(ة) / ولي(ة) الأمر: _____
توقيع الوالد(ة) / ولي(ة) الأمر: _____ تاريخ التوقيع: _____
عنوان الوالد(ة) / ولي(ة) الأمر: _____
أرقام الهاتف: أثناء النهار: _____ المنزل: _____ الهاتف المحمول: _____
طرف اتصال بديل لحالات الطوارئ _____
الاسم: _____ العلاقة بالتلميذ(ة): _____ رقم الهاتف: _____

For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS Number: _____ Received by – Name: _____ Date: _____
 504 IEP Other: _____ Reviewed by – Name: _____ Date: _____
Referred to School 504 Coordinator : Yes No
Services provided by: Nurse/NP OSH Public Health Advisor (for supervised students only) School Based Health Center
Signature and Title (RN or SMD) _____ Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison: _____
Revisions per OSH contact with prescribing health care practitioner : Clarified Modified